



AUTORIZACIÓN PARA PROVEER INFORMACIÓN

Nombre

Número de reclamo

N° de seguro social (sólo para identificación)

Fecha de nacimiento

A:

Le autorizo que le provea al Departamento Labor e Industrias o sus representantes, cualquier información que tenga acerca de mi condición mientras estuve bajo su tratamiento médico. Además de sus observaciones, por favor incluya: records de mi historial médico, reportes de exámenes, consultas, reportes de rayos-X, análisis de laboratorio, reportes de operaciones y de patología, hojas clínicas de los doctores y las enfermeras, records de los hospitales, diagnósticos, recetas médicas o información de tratamiento médico referente a la enfermedad, lesión u otra condición física. La copia original o una copia fotostática son aceptables.

Por favor provea todos los records de tratamiento por la siguiente condición médica:

Los datos provistos deben incluir:

Tratamiento
psiquiátrico

Abuso del alcohol

Abuso de narcóticos
(drogas)

SIDA (HIV)

y/u otra información protegida por las leyes federales.

(Firma)

Comprendo que estoy proveyendo estos records para que el Depto. de Labor e Industrias pueda administrar y procesar mi reclamo. Yo comprendo que estos records serán tratados confidencialmente de acuerdo con las leyes del Estado de Washington (RCW 51.28.070).

Esta autorización podría ser revocada.

Fecha de hoy

Firma

*** Por favor, envíe la información a:**

**CLAIMS SECTION
DEPARTMENT OF LABOR AND INDUSTRIES
PO BOX 44291
OLYMPIA WA 98504-4291**

*Nota: Para su comodidad, la dirección se verá en un sobre de ventanilla.